

..... miejscowość, data

OŚWIADCZENIE O ODBIORZE PACJENTA

Oświadczam, że zostałem poinformowany/a o ;

- okres pobytu pacjenta w ZPO jest uzależniony od uzyskanej punktacji pacjenta dokonywanej wg. skali poziomu samodzielności (skala Barthel), pod koniec każdego miesiąca
- jeżeli punktacja wg. w/w skali przekroczy 40 pkt pacjent zostaje wypisany z Zakładu w związku z tym, że nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w Zakładzie

Niniejszym zobowiązuję się do odebrania pacjenta

..... imię i nazwisko pacjenta

po zakończonym pobycie w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Koninie w terminie wskazanym przez Zakład.

.....

imię i nazwisko osoby zobowiązanej do odbioru pacjenta

.....

PESEL

..... Podpis osoby
zobowiązanej do odbioru pacjenta

.....
miejsowość, data

OŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko Numer PESEL

.....

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustaw z dnia 19 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity z 2002 r. Dz. U. Nr 101 poz.

926 z późniejszymi zmianami) dla potrzeb związanych z prowadzeniem przez Wojewódzki Szpital Zespolony w Koninie list oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych w oparciu o art. 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późniejszymi zmianami).

2. Wyrażam zgodę na zaproponowany termin udzielenia świadczenia zdrowotnego.

.....

Podpis

.....
.....
Imię i nazwisko pacjenta miejscowość, data
.....
PESEL
.....
.....
Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

Niniejszym informuję, że *przedstawicielem ustawowym /opiekunem prawnym u osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej/, kuratorem u osoby częściowo ubezwłasnowolnionej/, doradcą tymczasowym/, opiekunem faktycznym/ pacjenta

..... jest
.....
imię i nazwisko PESEL

Niniejszym zobowiązuję się pokrywać koszty pobytu pacjenta w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym oraz zobowiązuję się niezwłocznie informować Kierownika ZPO w WSZ w Koninie, o każdorazowej zmianie dochodów pacjenta.

.....
podpis osoby składającej oświadczenie

* niewłaściwe skreślić

OCENA ŚTANU ŚWIADOMOŚCI PACJENTA WG SKALI GLASGOW

Imię i nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania

PESEL

BADANA REAKCJA	STOPIEŃ ZABURZEŃ	LICZBA PUNKTÓW	OCENA PACJENTA
Reakcja otwierania oczu	spontaniczna	4	
	na polecenie	3	
	na bodźce bólowe	2	
	nie otwiera oczu	1	
Reakcja słowna /mowa/	logiczna /pacjent zorientowany co do miejsca, czasu i własnej osoby/	5	
	odpowiedź splątana / pacjent zdezorientowany/	4	
	odpowiedź nieadekwatna, nie na temat lub krzyk	3	
	niezrozumiałe dźwięki, pojękiwanie	2	
	brak reakcji słownej	1	
Reakcja ruchowa /motoryczna/	spełnianie ruchowych poleceń słownych, migowych	6	
	ruchy celowe, pacjent lokalizuje bodziec bólowy	5	
	reakcja obronna na ból, wycofanie, próba usunięcia bodźca bólowego	4	
	patologiczna reakcja zgięciowa, odkorowanie /przywiedzenie ramion, zgięcie w stawach łokciowych i ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych/	3	
	patologiczna reakcja wyprostna, odmóżdzenie /odwiedzenie i obrót ramion do wewnątrz, wyprost w stawach łokciowych, nawrócenie przedramion i zgięcie stawów ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych, odwrócenie stopy/	2	
	bez reakcji	1	
OGÓŁEM ILOŚĆ PUNKTÓW			
OCENA PACJENTA WG GCS			

.....
data

.....
podpis lekarza

INTERPRETACJA

GCS 13-15 - łagodne, GCS 9-12 - umiarkowane, GCS 6-8 - brak przytomności
 GCS 5 - odkorowanie, GCS 4 - odmóżdzenie, GCS 3 - śmierć mózgowa
 Należy podać z jakich składowych powstał wynik (np. GCS 12: 3/4 + 4/5 + 5/6).

**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU
PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO**

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....
Imię i nazwisko opiekuna

.....
numer telefonu opiekuna

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis świadczeniobiorcy

Do wniosku dołącza się:

1. wywiad pielęgniarski

2. zaświadczenie lekarskie

3. dokumenty stwierdzające wysokość dochodu świadczeniobiorcy:

decyzję organu emerytalno-rentowego ustalającego wysokość emerytury, renty albo renty socjalnej do decyzji załącza się zgodę świadczeniobiorcy ubiegającego się o skierowanie do zakładu na potrącanie opłaty za pobyt w zakładzie przez właściwy organ emerytalno-rentowy ze świadczenia emerytalno-rentowego, zgodnie z odrębnymi przepisami, lub decyzję o przyznaniu zasiłku stałego wyrównawczego; do decyzji można załączyć zgodę świadczeniobiorcy ubiegającego się o skierowanie do zakładu albo przedstawiciela ustawowego do odbioru tych należności przez zakład.

.....
miejsowość, data

WYRAZENIE ZGODY NA POTRĄCANIE OPŁAT PRZEZ ZUS/KRUS

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącenie należnej kwoty przez ZUS/KRUS

za *mój pobyt/ pobyt pacjenta
w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym w WSZ w Koninie.

.....
imię i nazwisko* Świadczeniobiorcy/opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego

.....
PESEL* Świadczeniobiorcy/opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego

.....
podpis* Świadczeniobiorcy/**opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego

* niewłaściwe skreślić

** w przypadku gdy pacjent posiada opiekuna prawnego, przed wyrażeniem zgody dotyczącej ważniejszych spraw pacjenta (w tym rozporządzaniem jego majątkiem), opiekun prawny winien uzyskać na to zezwolenie sądu opiekuńczego

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO/PRZEBYWAJĄCEGO
W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM¹⁾**

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel²⁾

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

Adres zamieszkania

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp.	Czynność ³⁾	Wynik ⁴⁾
1.	Spożywanie posiłków: 0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 - samodzielny, niezależny	
2.	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie: 0 - nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5 - większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) 10 - mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15 - samodzielny	
3.	Utrzymywanie higieny osobistej: 0 - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10 - niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5.	Mycie, kąpiel całego ciała: 0 - zależny 5 - niezależny lub pod prysznicem	
6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich: 0 - nie porusza się lub < 50 m 5 - niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m 10 - spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 15 - niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach: 0 - nie jest w stanie 5 - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10 - samodzielny	
8.	Ubieranie się i rozbieranie: 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10 - niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.	
9.	Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu: 0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje stolec	
10.	Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego: 0 - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje moc	
Wynik kwalifikacji⁵⁾		

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga¹⁾ skierowania do zakładu opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym¹⁾

.....
data, imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu

lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

albo lekarza zakładu opiekuńczego, oraz jego podpis

.....
data, imię, nazwisko i numer prawa wykonywania

pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego

albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego, oraz jej podpis

pieczęć podmiotu leczniczego

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO

Niniejszym kieruję:

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

.....
Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

..... Nr telefonu do kontaktu

..... Numer PESEL świadczeniobiorcy, a
w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy

..... Rozpoznanie w języku polskim
według ICD-10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)

.....
Dotychczasowe leczenie

Potrzeba kontynuacji dotychczasowego leczenia (tak/nie*)

Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca**

Przypadek nagły, wynikający ze zdarzeń losowych i uzasadniony stanem zdrowia (tak/nie)*

.....

.....
Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)***

..... Pielęgniarka podstawowej opieki
zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)*** –

do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego*.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo imię i nazwisko
lekarza ubezpieczenia , jego podpis oraz numer prawa wykonywania zawodu,
a także nazwa(firma) podmiotu leczniczego, w przypadku gdy lekarz
ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie

-
- . * Niepotrzebne skreślić
 - . ** Jeżeli jest wymagana
 - . *** Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy.

pieczęć podmiotu leczniczego

WYWIAD PIELĘGNIARSKI

1. Dane świadczeniobiorcy

.....
Imię i nazwisko

..... Adres zamieszkania

..... Numer PESEL, a w przypadku jego braku –
numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

2. Rozpoznanie problemów z zakresu pielęgnacji (zaznaczyć właściwe, ewentualnie opisać):

a) odżywianie – samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- karmienie przez gastrostomię lub zgłębnik
- karmienie pacjenta z zaburzonym połykaniem
- zakładanie zgłębnika
- inne niewymienione

b) higiena ciała – samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- w przypadku pacjenta wentylowanego mechanicznie – toaleta jamy ustnej lub toaleta drzewa oskrzelowego oraz wymiana rurki tracheostomijnej
- inne niewymienione

c) oddawanie moczu

– samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- cewnik
- inne niewymienione

d) oddawanie stolca

– samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- pielęgnacja stomii
- wykonywanie lewatyw i irygacji
- inne niewymienione

e) przemieszczanie pacjenta – samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

- z zaawansowaną osteoporozą
- którego stan zdrowia wymaga szczególnej ostrożności
- inne niewymienione

f) rany przewlekłe

- odleżyny
- rany cukrzycowe
- inne niewymienione

g) oddychanie wspomagane

h) świadomość pacjenta: tak/nie/z przerwami*

i) inne

3. Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel**/**

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć pielęgniarki albo imię i nazwisko pielęgniarki,
jej podpis oraz numer prawa wykonywania zawodu

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Dane świadczeniobiorcy

.....
Imię i nazwisko

..... Adres zamieszkania

..... Numer PESEL, a w przypadku jego
braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga* skierowania do zakładu
pielęgnacyjno-opiekuńczego*.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć lekarza albo imię i nazwisko
lekarza, jego podpis oraz numer prawa wykonywania
zawodu

.....
**Niepotrzebne skreślić.

** W przypadkach określonych w art. 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. Nr 205, poz. 1203) opinia konsultanta ochrony zdrowia, o którym mowa w art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419, z późn. zm.), zastępuje ocenę skalą Barthel.

*** W przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia wpisać: „nie ma zastosowania”.